

---

## SERVIÇO SOCIAL E TECNOLOGIAS DE SAÚDE: O DESAFIO DA SUBVERSÃO DEMOCRÁTICA

---

### *SOCIAL SERVICE AND HEALTHCARE TECHNOLOGIES: THE CHALLENGE OF DEMOCRATIC SUBVERSION*

---

*Fernanda Nunes da Rosa Mangini<sup>1</sup>*

*Sheila Kocourek<sup>2</sup>*

*Laureana Vargas Silveira<sup>3</sup>*

#### RESUMO

O presente artigo procura analisar a vinculação das tecnologias de saúde com os distintos projetos médico assistenciais e sanitaristas, bem como, identificar possíveis contribuições do Serviço Social à democratização e garantia do direito à saúde, tomando como base os estudos sociais da tecnologia. Trata-se de um estudo teórico-bibliográfico, que parte do pressuposto de que a tecnologia constitui-se numa das principais fontes de poder da atualidade, sendo isenta de neutralidade. Este trabalho está estruturado em três eixos: no primeiro eixo discute o conceito de tecnologia; no segundo, aproxima o debate das relações entre tecnologia, política e democracia, buscando fundamentar teoricamente a prática profissional do assistente social, visto que a mesma é mediada pela tecnologia na política pública de saúde; e, no terceiro eixo, discorre sobre os dois principais projetos sanitaristas em disputa e suas relações com a tecnologia, mostrando que cada projeto prioriza diferentes tipos de tecnologias, que devem ser construídas e socializadas de modos distintos. Apoiada no modelo médico hegemônico de saúde, a tecnologia tende a se apresentar de maneira hierárquica e autoritária, focada em procedimentos. Já respaldada pelo modelo de assistência à saúde defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária, tende a ser construída de maneira democrática, participativa, voltada sua centralidade para os usuários. Nessa direção, são tecidas considerações para a construção contra hegemônica das tecnologias por parte dos usuários e profissionais de Serviço Social com vistas ao enfrentamento das relações assimétricas e autoritárias, distanciadas da perspectiva de garantia de direitos e da construção do trabalho em equipe no SUS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Serviço Social. Tecnologia. Democracia. Saúde. Tecnocracia.

---

<sup>1</sup> Assistente Social, mestre e doutora pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Telefone: (48) 984951083. E-mail: [fernandapesquisadora@gmail.com](mailto:fernandapesquisadora@gmail.com).

<sup>2</sup> Assistente Social, mestre e doutora pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: [sheilakocourek@gmail.com](mailto:sheilakocourek@gmail.com).

<sup>3</sup> Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Assistente Social da Prefeitura Municipal de Santa Maria. E-mail: [laureanasilveira@hotmail.com](mailto:laureanasilveira@hotmail.com).

### **ABSTRACT**

*Based on studies of social uses of technology this article analyzes the connections between healthcare technologies and various medical assistance and public health care projects, and identifies contributions social service can make to democratizing and guaranteeing the right to healthcare. It is a theoretical-bibliographic study that is based on the presumption that technology is one of the main sources of power today, and cannot be neutral. The study is organized in three lines: the first discusses the concept of technology while the second looks at the debate about relations between technology, politics and democracy, to theoretically base the professional practice of social assistance, given that this work is mediated by the role of technology in public health. The third discusses the two main public health projects in dispute in Brazil and their relations with technology, showing that each gives priority to different types of technologies, which must be constructed and socialized in different ways. Supported by the hegemonic healthcare model, technology tends to present itself in a hierarchical and authoritarian manner, focused on procedures. Supported by the healthcare model defended by the Public Healthcare Reform Movement, it tends to be constructed in a democratic, participatory manner, dedicated to its importance for users. The article proposes a counter-hegemonic construction of technologies by users and social service professionals, to confront asymmetric and authoritarian relations, which remain far from guaranteeing rights and the construction of team work in Brazil's public Single Healthcare System.*

**KEYWORDS:** Social Service. Technology. Democracy. Healthcare. Technocracy.

### **INTRODUÇÃO**

A tecnologia não é neutra e consiste em uma das principais formas de poder na contemporaneidade. Ela está presente na educação, na indústria, nos meios de comunicação, no exército, nos meios de transporte e em outros espaços, como a saúde. Estudar essa temática relacionada à saúde oportuniza o debate dos diferentes projetos sanitários e, por consequência, a integralidade do cuidado e a efetivação do direito à saúde.

Temas como a garantia do acesso e a qualidade do atendimento à saúde têm sido debatidos pelo Serviço Social, mas não ainda sob o enfoque tecnológico, que oferece uma visão mais ampla dos saberes e práticas profissionais, das formas como se atrelam a diferentes projetos políticos. Este trabalho é fruto de diferentes trajetórias e experiências profissionais envolvendo direta ou indiretamente o campo da saúde, especialmente, a orientação de monografia e a supervisão de estágios nesse campo. Um dos momentos decisivos da construção deste estudo foi a oportunidade de acompanhar o uso de diversas

formas de tecnologia, durante o atendimento dos usuários, por meio de um estágio realizado na unidade de Nefrologia de um Hospital Universitário.

Nesse cenário, por vezes, o uso dessas tecnologias parecia se fazer de forma hierárquica e autoritária, apoiado no modelo hegemônico de saúde, isto é, sem a participação dos usuários na construção e uso dessas tecnologias, tais como procedimentos médicos avançados. Notava-se que o usuário de sujeito passava a objeto do tratamento, de forma pouco esclarecida, acerca das decisões e consequências de tais procedimentos.

Tais relações não pareciam seguir o preconizado pelo movimento de Reforma Sanitária. Foi então que, surgiu a hipótese de uma centralidade do atendimento no procedimento profissional (fortemente respaldado pelo cabedal tecnológico) e não no usuário, pois não parecia ocorrer uma construção do tratamento que melhor se adequasse àquele sujeito, e considerasse as suas singularidades, suas construções sócio-históricas, seus valores, suas crenças e sabedorias.

Outro elemento que chamava atenção era a não adesão dos usuários ao tratamento, o que acarretava no retorno desses ao hospital. Além disso, a carência de informações médicas sobre o tratamento resultava na busca de outros profissionais que pudessem auxiliar o usuário na compreensão do seu estado de saúde, como o Assistente Social.

A maneira como essa relação é articulada está diretamente ligada aos distintos projetos sanitários defendidos: o privatista, caracterizado pelo avanço do complexo médico industrial em direção à retração dos direitos da saúde, à transformação dos bens e serviços de saúde em mercadorias, ou seja, transformação do sujeito de direitos em cidadão consumidor; e o projeto de Reforma Sanitária, caracterizado pela defesa da democracia, que defende princípios contra hegemônicos e organiza uma aliança entre as

forças sociais comprometidas com a transformação. A Reforma Sanitária tem a centralidade nos sujeitos e não no sistema de tratamento de doenças.

No entanto, Merhy (2002) chama o primeiro projeto de “modelo médico hegemônico”, baseado em cuidados médicos focados no procedimento, que tornam o indivíduo mais um objeto que sujeito do cuidado. Para o autor, a busca objetiva do problema biológico tem levado a uma ação profissional centrada nos procedimentos, esvaziada de interesse no outro, com escuta empobrecida e deslocada do contexto social no qual o usuário vive. Assim, as ações de saúde têm abortado a sua dimensão cuidadora, e apesar dos contínuos avanços científico-tecnológicos, elas têm perdido potência e eficácia. Muitas vezes, essas ações de saúde estão estruturadas em procedimentos de alto custo sem a construção de um processo intercessor entre profissional e usuário, no qual haja a produção de cuidado e a construção do vínculo.

A maneira como se desenvolvem os processos/procedimentos de saúde estão imbricados diretamente num processo democrático ou não, de acesso à política de saúde. Para corroborar com essa ideia, Feenberg (2010) considera que a ação de sujeitos ativos e organizados em movimentos sociais e o aprofundamento da democracia em questões tecnológicas devem partir de experiências de resistências como projetos contra hegemônicos.

Dessa forma, o autor propõe estender a democracia para dentro dos domínios tecnicamente mediados pela vida social, dentre estes, podemos sinalizar para a política de saúde, mais precisamente, dentro da maior conquista do Movimento de Reforma sanitária, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, o presente trabalho pretende identificar possíveis contribuições do Serviço Social para a democratização das tecnologias de saúde e analisar a vinculação das tecnologias multiprofissionais com os distintos modelos de saúde. Configura-se como

um estudo teórico de caráter exploratório, em que no primeiro momento busca-se definir a correlação entre tecnologia, democracia e política, aproximando o debate das práticas de saúde.

Ademais, o debate sobre tecnologias vem com um viés de ampliar as perspectivas de atuação na direção do Projeto Ético Político e fundamentar teoricamente a prática profissional do Assistente Social que é mediada pela tecnologia na política pública de saúde.

Este trabalho tem como base teórica, especialmente, os estudos postulados pelo autor Feenberg (2010). No entendimento deste, as tecnologias podem ser hegemônicas e contra-hegemônicas. O autor analisa a relação entre tecnologia e democracia, partindo da premissa de que a tecnologia é uma das maiores fontes de poder nas sociedades atuais e questiona a democracia política quando comparada ao enorme poder exercido pelos senhores dos sistemas técnicos.

O desenvolvimento deste artigo está organizado em três eixos: no primeiro, apresenta-se definições acerca das tecnologias de modo a ultrapassar o senso comum, tal como a tecnologia reduzir-se a equipamentos e máquinas. No segundo, apresenta-se as relações entre os projetos hegemônicos e contra-hegemônicos de tecnologia, já que o conhecimento (que dá origem a tecnologia) tornou-se central em nossa sociedade e é um ponto de disputa entre diferentes projetos coletivos. São ainda apresentados alguns exemplos de projetos contra-hegemônicos da tecnologia, entre outros elementos que se articulam a proposições de movimentos sociais. Segundo Fraga (2016), a atuação de grupos sociais está conectada com a manutenção ou enfrentamento da hegemonia do horizonte cultural para e dentro do qual o desenvolvimento tecnológico foi concebido, por isso a importância de categorias profissionais como o Serviço Social estarem pondo em pauta a concepção e o uso da tecnologia na sociedade contemporânea.

No terceiro eixo, realiza-se uma contextualização do modelo de saúde e suas respectivas tecnologias, dando destaque para as tecnologias leves, que estão ancoradas no acolhimento e na construção de vínculos, que são dispositivos potentes para auxiliar na transformação do modelo tecnoassistencial de saúde, pautando-se no desenvolvimento de práticas que contemplem o princípio da integralidade, com a garantia de acesso, a vinculação do usuário ao serviço e aderência desse sujeito ao tratamento e, mais ainda, baseado em um atendimento humanizado.

Nas considerações finais, foram tecidas algumas conclusões junto a sugestões contra hegemônicas do uso das tecnologias por parte dos profissionais que atuam na saúde, no sentido de não concluir este trabalho num discurso raso, visto que a crítica foi feita, mas precisamos superar obstáculos que são postos cotidianamente aos profissionais e propor algumas táticas de enfrentamento do modelo assistencial hospitalocêntrico e biomédico a partir das tecnologias leves.

## 1 CONCEITO DE TECNOLOGIA

Tradicionalmente, discorrer sobre determinado tema implica, num primeiro momento, delimitar o seu significado e dimensioná-lo nos dias atuais. Portanto, o que é tecnologia? Uma pergunta não tão fácil de responder devido à complexidade que o tema “tecnologia” apresenta na sociedade contemporânea. Se olharmos superficialmente podemos dizer que tecnologia é a televisão, o rádio, o telefone celular, o carro, os equipamentos hospitalares, as redes elétricas, o sistema de trânsito, o maquinário agrícola e tantos outros eletrodomésticos e instrumentos que facilitam (ou não) nosso dia a dia.

Entretanto, ao ampliar um pouco mais o olhar chega-se à conclusão que os procedimentos cirúrgicos também podem ser considerados tecnologias, pois envolvem um conhecimento, um saber específico. Na perspectiva da filosofia, existe todo um campo dedicado ao estudo da tecnologia, estruturado a partir de diferentes vertentes

teórico-metodológicas que conformam diversas concepções de tecnologia. Uma delas é a visão de tecnologia como uma forma de conhecimento específico.

Um dos autores que debatem a filosofia da tecnologia é Mario Bunge o autor faz uma distinção entre técnica e tecnologia, em que a primeira refere-se ao controle e/ou transformação da natureza pelo homem, baseando-se em um saber vulgar, como exemplo a técnica do artesanato e a técnica do acaso. Já a tecnologia consiste na técnica recorrendo explicitamente ao saber científico, e tem sua origem no século XVIII, junto à Revolução Industrial. Ambos os conceitos possuem como característica a produção de algo artificial, ou seja, um artefato.

Diversos são os autores que se empenham em definir o que é tecnologia. Em sua obra, Cupani (2011) traz alguns desses autores tais como Mitchan (1994), para esse autor tecnologia é a “fabricação e o uso dos artefatos”; para Skolimowski (1983) é uma “forma de conhecimento humano que tem por objetivo criar uma realidade conforme nossos propósitos”; já para Ferré (1995) seria “a implementação prática do conhecimento”; e para Bunge (1984), tecnologia é o “campo de conhecimento relativo ao projeto de artefatos e à planificação da sua realização, operação, ajustamento, manutenção e monitoramento, à luz do conhecimento científico”. O objetivo deste trabalho não é conceituar tecnologia chegando a uma conclusão definitiva satisfatória, mas mostrar a complexidade que o termo nos remete.

Mitchan (1994) menciona que as tecnologias possuem quatro dimensões ou formas de manifestações, não as reduzindo às ciências aplicadas: a primeira, na forma de objetos, ou seja, é por meio dos objetos que a tecnologia se manifesta antes de tudo, cobrindo um amplo leque: roupas, utensílios, estruturas (moradias, pontes), ferramentas (neste caso operando através do trabalho vivo), máquinas (instrumentos que não requerem energia humana mas exigem trabalho vivo para operá-las; ex. máquinas agrícolas e as máquinas de construção de pontes e estradas) e autômatos (máquinas

automatizadas ou cibernéticas, ex. micro-ondas e os aquecedores de ambientes). Também constituem tecnologias os medicamentos, vacinas, comidas, próteses que podem ser vistos como manifestações de objetos tecnológicos.

A segunda categoria tecnológica seria uma forma específica de conhecimento, aqui ressaltamos que, apesar de uma infinidade de autores tentarem definir tecnologias, todos eles concordam com o fato de que esta não se reduz à aplicação da ciência. Mitcham (1994) identifica peculiaridades do conhecimento tecnológico como campo de saber específico que abrange desde o saber fazer profissional até o saber teórico: num nível mais próximo das ações estão as habilidades sensório-motoras; as máximas técnicas que representam uma primeira tentativa do fazer bem-sucedido; as regras tecnológicas que consistem na transposição das leis científicas para a concepção e uso dos artefatos e, por último as atividades tecnológicas, ou seja, o fazer e o usar.

A terceira categoria: tecnologia enquanto forma específica de atividade humana, em que o conhecimento e a volição unem-se para construir ou utilizar artefatos. São considerados tipos básicos de atividade tecnológica: adquirir uma habilidade, inventar, projetar, manufaturar, trabalhar, operar, manter. Por exemplo, projetar um edifício.

A última categoria citada pelo autor é a tecnologia enquanto volição (desejo), ou seja, como manifestação de determinada atitude ou propósito humano na sua relação com a realidade. A partir das distintas formas que os estudiosos da tecnologia vêm tentando caracterizá-la: como vontade de sobreviver, vontade de controle (da natureza, do homem sobre homem), vontade de liberdade, como procura da eficiência, como ambição de realizar um ideal humano; pode-se afirmar que esta volição apresenta diferentes e mutáveis aspectos e que, tecnologia é um pouco de cada um desses aspectos.

A tecnologia é algo bastante complexo e, devido a essa complexidade apresentada é que existe uma dificuldade de chegar a uma definição satisfatória no sentido de não excluir nenhum aspecto relevante, Cupani (2011) relata que:

Aquilo que denominamos tecnologia se apresenta, pois, como uma realidade polifacetada: não apenas em forma de objetos e conjuntos de objetos, mas também como sistemas, como processos, como modos de proceder, como certa mentalidade. A essa presença multifacetada devemos acrescentar uma ambiguidade daquilo que aludimos como tecnologia (CUPANI, 2011, p. 12).

O autor defende a ideia que as tecnologias possuem uma valoração, que pode ser tanto positiva quanto negativa, portanto não há neutralidade na tecnologia. Pode-se usar como exemplo a indústria bélica e equipamentos que emitem uma considerável quantidade de gás carbono, estes são vistos como algo condenável, até preferia-se que não existissem. Já outras formas de tecnologias, como as vacinas ou meios de transportes confortáveis que, nos levam em menos tempo para lugares mais distantes são vistos como algo que contribui para a sociedade. De acordo com Feenberg (2010), “as ambiguidades na definição das novas tecnologias devem ser resolvidas através de interações entre os projetistas, compradores e usuários quando, então, o seu significado será finalmente estabelecido” (FEENBERG, 2010, p.135).

É importante salientar que as tecnologias não descartam o aspecto humano e a habilidade pessoal, a exemplo das tecnologias leves em saúde. Essas tecnologias estão pautadas em valores, por exemplo: o conforto de tomar uma injeção, a segurança de tomar uma vacina e a eficácia que pode se traduzir no reestabelecimento da saúde e no cuidado integral. Portanto, tais tecnologias possibilitam que o usuário sinta-se confortável e seguro ao utilizá-las, pois o uso dessas tecnologias rebate diretamente no processo de manutenção e/ou restauração da sua saúde. Mas outros tantos aspectos relacionais como

cuidado e o acolhimento ainda precisam ser problematizados como valores da saúde, especialmente, do cuidado médico.

Na área de saúde coletiva, para o teórico Merhy, a visão comum de que tecnologia é uma máquina moderna, dificulta bastante a compreensão de que ao se falar do trabalho em saúde não se refere somente aos conjuntos das máquinas, que são usadas nas ações de intervenção com os usuários. O autor defende a ideia que ao realizar o cuidado, o trabalhador opera um núcleo tecnológico no seu processo de trabalho, composto por Trabalho Morto (instrumental) e Trabalho Vivo em ato. Os dois formam certa razão entre si, à qual denomina de Composição Técnica do Trabalho (CTT), que pode trazer a hegemonia do trabalho morto, quando o modelo assistencial se caracteriza como médico hegemônico, produtor de procedimentos.

Ao olharmos com atenção os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais vamos ver que, além das várias ferramentas-máquinas, tais como o raio-x, os instrumentos de exames laboratoriais, os instrumentos para examinar o paciente, ou mesmo fichários para anotar dados do usuário; mobilizamos intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem, do psicólogo, do assistente social, etc. (MERHY, 1999, p. 3).

Para o autor, as tecnologias estão classificadas em leves, leveduras e duras. As tecnologias leves são aquelas que permitem a produção de relações, autonomização, acolhimento e gestão. Para ele, o processo de produção de um acolhimento pode ser realizado até mesmo na rua, ou em qualquer outro espaço físico, pois neste caso, ocorre o trabalho vivo em ato.

As tecnologias leveduras seriam os saberes já estruturados, tais como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo, e permitem processar um recorte com centralidade no olhar do profissional sobre o usuário. Este olhar é considerado duro, pois é construído a partir de certos saberes bem definidos,

configurando-se como trabalho morto e, é considerado leve, pois no momento da concretização do trabalho do profissional diante do usuário exige-se a necessidade do trabalho vivo em ato.

E, por último, estão as tecnologias duras, que são os processos que consomem trabalho morto (das máquinas) e trabalho vivo de seus operadores. Por trabalho morto, o autor entende, com base em Marx, o trabalho cristalizado, isto é, o produto de um processo de trabalho, que um dia foi trabalho em ação, mas tornou-se trabalho consolidado, a exemplo das máquinas. O trabalho vivo é o trabalho em ato, momento de criação, de construção de algo novo, sempre posto em movimento.

Para o autor, torna-se central uma mudança do modelo assistencial na saúde que venha impactar o núcleo do cuidado, estabelecendo uma hegemonia do Trabalho Vivo sobre o Trabalho Morto, ocorrendo assim uma transição tecnológica, ou seja, uma produção em saúde com base nas tecnologias leves, relacionais e na produção do cuidado de forma integralizada, operando em “linhas de cuidado” por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários.

## 2 TECNOLOGIA, POLÍTICA E DEMOCRACIA

Segundo Feenberg (2010), a tecnologia constitui-se numa das maiores fontes de poder que as sociedades modernas possuem. Articulando as tecnologias com o contexto social, as mesmas podem ser consideradas hegemônicas e contra hegemônicas enquanto conjunto de processos de contestação política. O autor analisa a relação entre tecnologia e democracia e questiona a democracia política quando comparada ao enorme poder exercido pelos senhores dos sistemas técnicos. Na sua visão, em uma sociedade democrática, é necessário incorporar as tensões entre o capitalismo e a classe trabalhadora, não apenas no meio acadêmico, mas também na política científica e tecnológica.

Comumente a tecnologia é vista como um meio de exploração e opressão dos trabalhadores, pois o uso hegemônico da tecnologia encontra-se submetido aos interesses do capital, e os crescentes processos de informatização e automatização têm culminado na economia e na exploração do trabalho vivo, entretanto, essa mesma tecnologia pode ser considerada a chave para a prosperidade humana e a libertação do trabalho alienado. A transformação da tecnologia supõe pensá-la como um “fenômeno ambivalente que pode ser direcionado para diferentes projetos civilizatórios. Isto porque a tecnologia é um produto cultural e, como tal permite diferentes racionalizações” (MANGINI, 2015, p. 88).

Ainda,

Uma hegemonia tem êxito quando consegue reproduzir irrefletidamente os modos de agir e pensar mais adequados a sua conservação, e não quando evidencia o conflito de interesses, por meio de um embate direto. A condensação de determinantes sociais em dispositivos tecnológicos supostamente “neutros” contribui para a adesão e o consentimento acrícticos dessa hegemonia (MANGINI, 2015, p. 88).

E, sendo assim, é possível remeter ao uso de diversas tecnologias na sociedade, especialmente as tecnologias de saúde, isto é, indagar como elas vêm sendo apropriadas por parte dos usuários, se de forma refletida ou irrefletida, consciente ou inconsciente de sua natureza, funcionamento, finalidades e consequências. A tecnologia é uma construção humana que abarca valores e projetos sociais desde sua construção até seu uso final.

Nessa perspectiva, alguns autores que defendem a não neutralidade da tecnologia acreditam não ser possível aceitar que o problema da técnica e da ciência na sociedade capitalista reduz-se ao uso que se faz das mesmas. Nesse raciocínio equivocado, numa sociedade fora dos marcos do capitalismo essa mesma ciência e tecnologia seriam empregadas de forma distinta, ou seja, sem o viés exploratório e controlador que

possuem em nossa sociedade. Entretanto, o problema central está na concepção da tecnologia.

Para Marx, é a partir do desenvolvimento das forças produtivas que se criariam as condições necessárias para a emancipação humana. As tecnologias, sob o controle e direção das massas viriam para libertar o homem do reino da necessidade transformado a partir do fardo pesado e penoso do trabalho. “As tecnologias permitiriam a satisfação das necessidades humanas, e mais ainda, possibilitariam conversão do tempo de trabalho em tempo livre de lazer e de desfrute para o homem” (MANGINI, 2015, p. 69).

Portanto, não basta dissolver as relações de produção que limitam o proletariado, para ter em mãos as potencialidades emancipatórias da técnica e da ciência. É preciso ir mais além, pois o desenvolvimento emancipatório está condicionado à reconstrução da tecnologia articulada a uma nova sociedade. Isto implica na ultrapassagem do sistema capitalista e na revisão de suas tecnologias, tornando-as adequadas à produção social e ao usufruto coletivo.

Para justificar por que uma nova ordem societária implicaria na revisão das tecnologias criadas/utilizadas no sistema capitalista, alguns autores ressaltam que ainda estariam presentes relações de trabalho alienadas e estranhas aos produtores sociais, isto é, ainda se manteria uma relação de subordinação à um conhecimento técnico e especializado, centralizado, hierarquizado, etc. O trabalho ainda continuaria sendo socializado de maneira despótica, fragmentada e autoritária, reafirmando a mesma condição fetichizada do processo de produção, cujo caráter objetivo da maquinaria nasce no seio da sociedade capitalista e permite que as contradições sociais se manifestem como simples problemas técnicos.

Feenberg (2010) acredita numa “Racionalização Subversiva” da tecnologia, ou seja, um modo alternativo de racionalizar a sociedade que direcione à democracia no

lugar de formas centralizadas de controle. No entanto, essa nova forma de compreender as tecnologias, exige uma nova forma de racionalização, que por sua vez pressupõe avanços tecnológicos que só podem ocorrer em oposição à hegemonia, portanto, o processo de democratização das tecnologias configura-se como uma alternativa contra-hegemônica. A Racionalização Subversiva exige avanços tecnológicos que só podem ocorrer em oposição à hegemonia tecnológica dominante.

Não restam dúvidas que a tecnologia moderna vem contribuindo de forma significativa para uma administração autoritária dos meios de produção, mas acredita-se que em um contexto social e tecnológico diferente, a tecnologia poderia ser operacionalizada de maneira democrática. Feenberg (2010) argumenta que as modernas formas de hegemonia baseiam-se na mediação técnica de uma variedade de atividades sociais, tais como na educação, na produção, na medicina, nos exércitos; o que leva a crer que a democratização de nossa sociedade requer tanto mudanças técnicas quanto mudanças políticas, numa posição controversa.

A concepção de hegemonia que Feenberg (2002) se refere diz respeito a uma forma de dominação que está tão profundamente arraigada em nossa vida social, que há certa naturalização da mesma por parte daqueles que a dominam. Desmistificar essa hegemonia torna-se essencial para que esse controle passe a ser visto como algo não natural e que pode sim ser modificado.

No entanto, a simples propagação do conhecimento por si só não é o suficiente para a construção de movimentos de resistência contra hegemônicos. Feenberg (2002) defende que somente uma aliança democraticamente constituída de e por atores, envolvendo grupos sociais, poderá construir ações capazes de resistir a projetos prejudiciais fora do contexto e que visem a exploração e manutenção da dominação da classe trabalhadora que, ao mesmo tempo, examinaria os efeitos destrutivos para o

usuário da tecnologia e os efeitos nocivos ao ambiente natural, assim como aos seres humanos.

São nesses embates de forças antagônicas e de resistências que percebemos que a tecnologia não é neutra como supõe o senso comum, ela articula valores de acordo com sua concepção e uso, esses valores, por sua vez, estão sempre em relação a determinado contexto social. Assim, também é possível reconhecer que as tecnologias possuem um caráter político, pois sua invenção, projeto ou instalação é uma maneira de resolver uma questão/problema do dia a dia de uma comunidade. Cupani (2011) destaca que:

A possibilidade de que as tecnologias não apenas sejam passíveis de uso ou instrumentalização com determinadas intenções políticas, mas que possam de alguma maneira ser modos de consagrar determinadas relações sociais de poder, fomentando ou impedindo formas determinadas de vida social, essa ideia contraria de alguma forma dois entendimentos da tecnologia: que ela seja mero produto de certo tipo de sociedade e que seja neutra (CUPANI, 2011, p.153).

Diante do exposto, pode-se chegar à conclusão que existem dois problemas: os tipos de tecnologias desenvolvidas dentro e pelo capitalismo e o uso das tecnologias como forma de disciplinar e dominar a classe operária, pois, a tecnologia é influenciada por diferentes interesses desde o seu desenho mais elementar até sua criação e seu desenvolvimento pelos propósitos sociais hegemônicos. Ou seja, ela não produz relações sociais mas é produzida por relações sociais dentro da sociedade capitalista. (CUPANI, 2011; MANGINI, 2015).

Os processos contra hegemônicos, por sua vez, agrupam os diversos movimentos, por vezes articulados globalmente, que lutam contra os efeitos perversos da dominação dos meios de produção hegemônica e são orientados para a solidariedade, o bem comum e a justiça social.

São projetos que abarcam novos arranjos de participação que invocam a experimentação e a criatividade da classe trabalhadora, além do movimento de rebeldia, como uma expressão da questão social. Esses movimentos buscam inserir as questões tecnológicas no âmbito das deliberações das políticas tanto locais quanto nacionais, pois ao contrário de outras ciências, tais como a matemática, a tecnologia, tem impactos sociais imediatos e poderosos sobre a sociedade. Para Feenberg (2010), as tecnologias passam por distintos processos políticos, portanto as mesmas podem ser utilizadas conforme os interesses econômicos, políticos e sociais de quem as detêm, demonstrando, assim, a relevância da contribuição dos movimentos sociais e de outras formas de participação dos cidadãos no desenvolvimento científico e tecnológico.

Como exemplo de movimento contra hegemônico de transformação das tecnologias na clínica médica, tem-se o caso dos usuários infectados por HIV que estavam recebendo placebos em vez de remédios ao participarem de pesquisas clínicas. Esses usuários se revoltaram por receberem placebos nos testes médicos e não tratarem a virose, o que poderia ser fatal. O descontentamento culminou na organização desses usuários em grupos de defesa que se tornaram bastante informados cientificamente sobre a doença e exigiram alteração nos protocolos de teste de drogas.

Em vez de participar individualmente, na medicina, como objetos de uma prática técnica, os portadores de HIV desafiaram a situação coletiva e politicamente. Eles manipularam o sistema médico e o direcionaram a novos propósitos. A sua luta representa uma contra-tendência à organização tecnocrática da medicina, uma tentativa de recuperação da sua dimensão simbólica e funções assistenciais (FEENBERG, 2010, p. 91-92).

No modelo médico hegemônico, os “pacientes”<sup>4</sup> são vistos como objetos da técnica e não como sujeitos de direitos, com poder de escolhas. A tendência dessas ações profissionais não centradas no indivíduo é que os “pacientes” apenas acatem o

---

<sup>4</sup> Neste trecho, utilizamos a expressão “paciente” que é utilizada pelo modelo médico hegemônico.

determinado pelo médico, sem poder participar do tratamento de forma ativa, consensual e esclarecida. A partir da incorporação, nesse sistema, de milhares de portadores de HIV que reivindicaram um atendimento mais humanizado, os usuários alcançaram uma visibilidade como sujeitos de direitos, como o de participarem da escolha do tratamento, que desestabilizou e expôs a novos desafios a equipe médica.

Assim, como é possível perceber, os projetos contra hegemônicos vêm obtendo um reconhecimento crescente no que se refere à sua capacidade de promover um novo modelo de serviços de saúde e da aplicação da tecnologia em prol do desenvolvimento social e da classe trabalhadora.

Na sociedade contemporânea, diante das diversas manifestações da questão social que trazem um quadro de insatisfações perante a democracia e das lógicas de mercado hegemônicas que se globalizaram, torna-se fundamental a construção dessas práticas contra hegemônicas de democracia na esfera da política de saúde, sobretudo, das tecnologias desenvolvidas por profissionais operadores do cuidado, para que assim, a partir de novos arranjos sociais, seja permitida de forma efetiva a participação de todos como pares na vida social. “O mais fundamental para a democratização da tecnologia é encontrar maneiras novas de privilegiar esses valores excluídos e de realizá-los em arranjos técnicos novos. Uma realização mais plena da tecnologia é possível e necessária” (FEENBERG, 2010, p. 106).

Na próxima seção, apresentamos em perspectiva histórica alguns modelos de assistência à saúde que estão ligados às diversas possibilidades do fazer do médico e de outros profissionais conduzirem seus procedimentos tecnológicos de saúde.

### **3 PROCEDIMENTOS TECNOLÓGICOS DE SAÚDE**

O tema da democratização das tecnologias em saúde e dos serviços de saúde precisa ser debatido. Esse tema impacta diretamente no fazer profissional do Assistente

Social, considerando que o modelo médico-hegemônico, ao centrar suas ações nas atividades da clínica médica curativa individual, secundariza e desqualifica as ações e atividades profissionais que não se constituem objeto de práticas privilegiadas por esse modelo assistencial, tais como as ações educativas, de informações e de comunicação, além das atividades de outras categorias profissionais como assistente social, psicólogo, nutricionistas, entre outros.

Ressalta-se que o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais dentro Sistema Único de Saúde visa o fortalecimento e a emancipação do indivíduo. Esse fortalecimento “implica no questionamento da lei, da distribuição desigual da renda e do poder e na denúncia da desigualdade” (FALEIROS, 1999, p. 61), bem como, dos papéis sociais que são atribuídos aos dominados e da ideologia da desigualdade, da naturalização das diferenças sociais, etc. A emancipação do indivíduo reflete a negação da tutela e da subalternidade através da afirmação dos direitos preconizados na Constituição Federal (BRASIL, 1988) também o respeito às diferenças, considerando as formas de organização que o trabalhador se utiliza para garantir sua sobrevivência dentro das suas próprias referências.

A partir dos princípios elencados no Código de Ética, pode-se afirmar que a ação prioritária do Serviço Social se pauta na “ótica da inclusão social e da cidadania, contribuindo para a formação de uma consciência coletiva de proteção social, com a participação dos trabalhadores no controle efetivo destas políticas” (CFESS, 2014, p.68). No caso da saúde, tal direcionamento pressupõe uma gestão qualificada que compreenda a necessidade de diálogo entre a equipe médica, o usuário e sua família para que, a partir de uma construção conjunta, se consiga chegar a um consenso de qual tratamento é mais adequado ao usuário, respeitando seu estilo de vida, suas escolhas, ou, nos termos de Merhy (2002): colocando a centralidade no indivíduo como sujeito do cuidado e na construção de sua autonomia no modo de cuidar-se e produzir saúde.

Tal assunto é complexo, considerando as seguintes questões: Seria o modelo usuário centrado, proposto pelos autores, capaz de romper com tais práticas hegemônicas? Qual o papel do Serviço Social nesse aspecto? Como essa profissão contribui para afirmação ou negação das tecnologias hegemônicas de saúde, pautadas em maquinários, consumo de exames e procedimentos dispendiosos? Mais ainda, qual a possibilidade que as tecnologias leves podem agregar para romper esse paradigma? Já que é através da articulação dessas tecnologias que os autores entendem a afirmação do modelo usuário centrado. Para nos aproximar um pouco dessas questões é que precisamos debater os modelos assistenciais de saúde, analisando suas relações com a tecnologia.

### 3.1 Modelo médico-hegemônico

A partir da década de 1950, as transformações tecnológicas introduzem um novo ramo da economia: a indústria de medicamentos e equipamentos médicos. A prática médica passa para dentro dos hospitais e a utilizar de forma crescente recursos tecnológicos sofisticados. “A medicina tecnológica é a forma dominante de organização da prática médica. O consultório médico foi substituído pelo hospital, considerado *locus* indispensável do exercício profissional” (BRAVO, 2013, p. 68).

Nesse mesmo período, surge a ideia de racionalização administrativa, ou seja, redução dos gastos com maximização dos resultados. A medicina da época possuía grande influência do Relatório de Flexner. Os autores Pagliosa e Da Ros (2008) afirmam que é impossível debater a construção da formação médica sem mencionar a influência do Relatório Flexneriano. Publicado em 1910, o estudo “*Medical Education in the United States and Canada: a Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*”, também conhecido como o Relatório Flexner (*Flexner Report*), é considerado

o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas com profundas implicações para a formação médica e a Medicina mundial. Preconizava uma formação médica que tivesse como eixo orientador um modelo de prática médica centrada no corpo anátomo-fisiológica.

Para Flexner (*apud* PAGLIOSA; DA ROS, 2008), o estudo da Medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta. A doença é considerada um processo natural e biológico. Os hospitais se transformam na principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX, bem como, o *locus* hospitalar torna-se a principal referência para a realização dos atendimentos. Às faculdades restou o ensino das práticas laboratoriais nas áreas básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e a parte teórica das especialidades.

Flexner acreditava que o social, o coletivo, o público e a comunidade não precisavam ser considerados para o ensino médico visto que, não estavam implicados no processo de saúde-doença. Defendia a ideia que o estudo da Medicina devia se dar, exclusivamente, dentro das instituições hospitalares, pois acreditava que ali se encontrava o local privilegiado para estudar as doenças. Ressalta-se que a ênfase no modelo médico hegemônico, ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista e à incorporação indiscriminada de tecnologias.

Além disso, Merhy (1999) afirma que nesse modelo assistencial as ações de outros profissionais da equipe multidisciplinar, que não os médicos, são subjugadas à lógica dominante, visto que as ações dos profissionais são vistas como subordinadas e dependentes do trabalho do médico. Os processos de trabalho vão se organizar em torno da consulta médica, sendo o médico o centro da assistência. Nessa perspectiva, depreende-se que também a tecnologia estaria sob o domínio do médico.

A influência do modelo médico-hegemônico tem como consequências: a falta de informação do usuário; a ausência de escuta profissional; relações de poder desiguais entre usuários e profissionais, além da desconsideração da autonomia do usuário; entre outros.

Os autores Merhy e Feuerwerker (2009) afirmam que essa visão médico-centralizada, numa perspectiva de saúde focalizada, exclusivamente, no saber/fazer médico tem como consequências uma ação profissional centrada nos procedimentos, esvaziada no outro e com uma escuta empobrecida. Além disso, Matos e Bravo (2015) compreendem que essa relação empobrecida, na qual o outro é tomado como apenas um corpo biológico/físico e, visto como objeto da ação e não como sujeito protagonista do processo de tratamento, acaba por deslegitimar todos os outros saberes sobre saúde. Trata-se de uma relação vertical unidirecional, baseada numa lógica que prescinde a ação e cooperação do usuário que está solicitando atenção à saúde.

### 3.2 Modelo de saúde usuário centrado

A partir das décadas de 1970 e 1980, o modelo de saúde baseado no relatório de Flexner restrito à dimensão biológica e individual começa a ser questionado por diversos atores sociais (intelectuais/ profissionais da saúde, movimentos sociais e estudantes), dando início ao processo que ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária. Esse movimento foi responsável pela politização da saúde e das instituições médicas e, por materializar, aqui no Brasil, o conceito ampliado de saúde de cunho (biopsicossocial), sob a influência do conceito de saúde elaborado, em 1948, pela Organização Mundial de Saúde. Essa nova forma de ver a problemática da saúde, a compreende como “produto das condições objetivas de existência e resultado das condições de vida biológica, social, econômica, cultural; particularmente das relações

que os homens estabelecem entre si e com a natureza, por meio do trabalho” (PAIM, 2008, p. 625).

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi produzido um documento por meio do qual se relatava as reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira nos anos 1980. Ficou evidente no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde que as modificações necessárias ao setor saúde ultrapassavam os limites de uma reforma administrativa e financeira, o que se exigia de fato era uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação relacionada à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar Reforma Sanitária. O mesmo documento afirma que a “saúde não é um conceito abstrato, define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população nas suas lutas cotidianas” (DA SILVA, 2014, p. 162).

A oferta de serviços de saúde, baseada no modelo médico-centrado, não era mais cabível diante das transformações da sociedade no período. O Movimento de Reforma Sanitária foi um movimento da coletividade, com diversos segmentos sociais que se propuseram debater a democratização dos serviços de saúde, dentre as diversas entidades podemos destacar: os movimentos populares; partidos políticos progressistas; universidades; e prefeituras com bandeiras progressistas que foram às ruas e aos centros de decisão do país reivindicar um serviço assistencial à saúde em que toda população fosse contemplada.

Assim, o novo conceito de saúde discutido na perspectiva de materialização no Brasil, em 1986 (VIII Conferência Nacional de Saúde) com enfoque nos aspectos biopsicossociais, demandou a necessidade de outros profissionais na área da saúde dentre eles, o assistente social. Tal conceito ampliado deu ênfase no trabalho em equipe

multidisciplinar permitindo, ampliar a abordagem em saúde, introduzir conteúdos preventivos e educativos e criar programas prioritários com segmentos da sociedade. Além disso, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução 218/1997, reconhece o assistente social, dentre outras 13 profissões, como profissional de saúde.

Esse novo conceito, passou a ser entendido como resultado das condições sociais e de vida, influenciado pelos determinantes e condicionantes em saúde, dentro os quais: alimentação, habitação, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda e, assim por diante, os quais influenciam no processo de adoecimento de cada sujeito, bem como nas condições de bem-estar físico, mental e social e na qualidade de vida dos mesmos. Devido à ampliação e o reconhecimento dos direitos à saúde e o acesso aos serviços, tornou-se fundamental a inserção do profissional de Serviço Social, para que esses direitos pudessem ser ampliados e efetivados no cotidiano assistencial.

O movimento de Reforma Sanitária nega o modelo médico hegemônico, focado nos procedimentos médicos, no qual a dimensão do cuidado focada no trabalho vivo em ato é colocada como uma dimensão complementar, pois, nesse modelo de assistência à saúde, o cuidado não é tido como primordial, ao contrário do que ocorre no modelo usuário-centrado.

O modelo usuário-centrado defendido pelo autor Merhy baseia-se justamente na inversão no modelo técnico assistencial e biomédico, visto que propõe o acesso universal e público, bem como, um comprometimento com a transformação e modificação do *status quo* e com a qualidade dos serviços prestados. Dá destaque às tecnologias leves pela possibilidade de serem construídas de modo compartilhado entre profissionais e usuários, tendo como prioridade o cuidado do usuário considerado sujeito e protagonista da sua saúde.

De acordo com Cecílio e Merhy (2003), um dos elementos que facilitam a transposição do modelo biomédico para o modelo usuário centrado é o trabalho vivo em ato que, numa perspectiva relacional pode, também, ser traduzido no acolhimento, ou seja, nesse prisma o acolhimento é visto como um dos facilitadores da reorganização dos serviços de saúde ou, em outras palavras, na forma como esses serviços são ofertados à população usuária. Neste sentido, as transformações no processo de cuidados na saúde são dependentes do trabalho vivo em ato, em que só é possível acontecer na dinâmica das relações sociais, isto é, em ato, em ação, no momento que ocorre o trabalho em si, com base no encontro dos sujeitos envolvidos nessa relação.

Essa reorganização dos cuidados defendida pelo autor é oriunda de duas perspectivas: primeira, da modificação do foco de atendimento, ou seja, volta-se à atenção ao usuário. Segunda: a partir da focalização dos serviços em saúde no usuário, existe a possibilidade de criação de um novo fluxo e de uma nova dinâmica de atendimento a partir do desenvolvimento de práticas como o trabalho multiprofissional, do reconhecimento da necessidade de garantia do acesso, da resolutividade e da humanização nos processos de saúde.

O modelo de saúde usuário centrado ainda encontra muitos desafios para se concretizar, diante da hegemonia do modelo médico, amparada na indústria capitalista de equipamentos médicos e de produtos farmacêuticos e na fragilização das políticas públicas nos últimos anos pelo ideário neoliberal. No entanto, permanece no ideário e nas práticas contra-hegemônicas de diversos atores sociais ligados à construção e efetivação das políticas de saúde e do Sistema Único de Saúde como um horizonte a perseguir para a garantia do cuidado à saúde, resolutivo e integral.

Nessa perspectiva, a garantia do direito à saúde passa pela democratização do acesso às tecnologias de saúde (consultas, exames, procedimentos), mas também, e, sobretudo, pela participação dos usuários na tomada de decisões relativas às tecnologias

de saúde, como o direito de participar do seu tratamento, o que pressupõe a capacitação e ampliação do conhecimento desses sujeitos sobre as questões relativas à sua saúde. Assim, não basta garantir apenas o acesso às tecnologias de saúde para garantir o direito à saúde, essa efetivação depende da subversão da organização tecnocrática das tecnologias de saúde, especialmente, a partir das tecnologias leves, tendo em vista o atendimento de qualidade, resolutivo e integral.

Em síntese, no modelo médico-hegemônico, há uma ênfase no uso intensivo de tecnologias sofisticadas de alto custo com uso intensivo de trabalho morto e de procedimentos médicos clínicos. Tais tecnologias estão ligadas aos interesses dos conglomerados capitalistas médicos e farmacêuticos que transformam a saúde em mercadoria. Entretanto, no modelo usuário-centrado que guarda conexões com o projeto Reforma Sanitária, há uma ênfase nas tecnologias de uso intensivo de trabalho vivo, que implicam na participação dos usuários não apenas no uso de exames e consumo de procedimentos, mas também na construção de pesquisas e conhecimentos tecnológicos democráticos, como premissas da garantia do direito à saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho é resultado de uma aproximação que está longe de ser esgotada, e demanda novos estudos e pesquisas. Entretanto, iniciar o debate é fundamental, pois o Serviço Social como profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, está envolvido com diversas tecnologias nos mais diferentes espaços sócio ocupacionais, como os objetos tecnológicos (telefone, computador para registrar atendimentos), os sistemas tecnológicos (internet e *softwares* para operar programas sociais), os conhecimentos e saberes tecnológicos (teorias, regras, valores e categorias específicas, como a de redes sociais) e os procedimentos e serviços tecnológicos (perícias, projetos

sociais, etc), não somente no que se refere ao seu fazer específico mas também na relação com a equipe multiprofissional (equipamentos médicos, procedimentos, saberes, etc).

Ao trabalhar na perspectiva de socializar informações e democratizar o acesso aos serviços, o assistente social pode contribuir para o questionamento de relações hierárquicas e subordinadas mediadas pela tecnologia, que mais dificultam do que facilitam a garantia do direito à saúde, especialmente compreendida como a construção da autonomia, segundo Merhy (2002). O Serviço Social também pode contribuir para ampliar a compreensão dos aspectos políticos da tecnologia, incentivando sua reconstrução e uso críticos, mediante a participação dos usuários nos procedimentos, como sujeitos de seu tratamento.

O assistente social ainda pode contribuir para conscientizar, juntamente com a equipe multiprofissional, os usuários e a coletividade sobre a importância da mudança do modelo de atenção em saúde, no qual o acolhimento, a escuta e a garantia do direito à informação, bem como, o planejamento do tratamento sejam tecnologias compartilhadas.

A necessidade de tais contribuições encontram sustentação em Merhy (1999), para ele, dentro do campo da saúde, a produção do cuidado é o objeto central, no entanto, conforme os modelos de atenção à saúde adotados, nem sempre essa produção de cuidados está de fato comprometida com a promoção e garantia da saúde dos usuários. Consequência disso é a crítica que os usuários fazem em relação à falta de interesse e de responsabilização por parte de alguns profissionais das equipes multiprofissionais nos diferentes serviços em torno de si e de seus problemas, o que remete ao modelo médico-centrado. Esses mesmos usuários relatam que se sentem inseguros, desamparados, desinformados, desrespeitados e desprezados diante dos profissionais e do tratamento indicado.

Merhy e Feuerwerker (2009) afirmam que durante os processos de assistência à saúde há um encontro entre o profissional (com seus conhecimentos, instrumentos e equipamentos) com os usuários da saúde (com sua intencionalidade, expectativas e representações). Esse encontro faz com que o usuário faça parte do ato produtivo, e não devemos vê-lo com objeto, mas sim como sujeito protagonista que interfere no processo saúde-doença. Sendo assim, “o trabalho em saúde, que se realiza mediante o encontro entre o trabalhador e o usuário, é centrado no trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto visando a produção de cuidados” (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p. 26).

Neste sentido, a contribuição do Assistente Social nesses espaços, além do desvelamento das relações sociais contraditórias expressadas nas condições de vida e de trabalho dos usuários dos serviços de saúde, que se traduzem na negação de uma ampla gama de direitos, passa pela busca da democratização e horizontalização das relações de poder, entre os profissionais e os usuários.

O direcionamento das ações profissionais nesta perspectiva exige uma efetiva atuação norteada por princípios do Código de Ética (CFESS, 1993) e requer um profissional com conhecimento teórico-metodológico acumulado, crítico, competente e comprometido para a realização dos procedimentos centrados nos usuários e que reconheça nesse usuário um sujeito político a ser estimulado para, numa perspectiva ampliada, participar na luta política a fim de subverter o modelo hospitalocêntrico e/ou médico-hegemônico dentro do quadro no qual as relações sociais e as tecnologias hegemônicas estão fundadas.

Recebido março 2018 – Aprovado junho 2018

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- CECÍLIO, L.; MERHY, E.E. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A; CAMARGO, K. (Orgs.). **Construção da integralidade, cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p.197-210.
- CFESS. (Org.) **O Estudo Social em Perícias, Laudos e Pareceres Técnicos**: debates atuais no judiciário, no penitenciário e previdência social. 11<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez, 2014.
- CFESS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. 10<sup>a</sup> ed. 1993.
- BRAVO, M. I. **Saúde e serviço social no capitalismo**: fundamentos sociohistóricos. São Paulo: Cortez, 2013.
- BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E.; et al. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2015.
- CUPANI, A. **Filosofia da Tecnologia**: um convite. Florianópolis: UFSC, 2011.
- DA SILVA, A. X. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. **Revista Katálysis**, v. 17, n. 2, p. 159-166, jul./dez. 2014.
- FALEIROS, V. P. **Estratégias em Serviço Social**. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo, Cortez, 1999.
- FRAGA, L. S. Tecnologia e democracia: racionalização subversiva em movimentos sociais brasileiros. In: JORNADAS LATINO-AMERICANAS DE ESTUDOS SOCIAIS DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA, 11, 2016, Curitiba. **Anais...** Curitiba: UFPR, 2016.
- FEENBERG, A. Racionalização subversiva: tecnologia, poder e democracia. In: NEDER, R. T. (Org.) **A teoria crítica de Andrew Feenberg**: racionalização democrática, poder e tecnologia. Brasília: Observatório do Movimento pela Tecnologia Social na América Latina / CDS / UnB / Capes, 2010.

- FEENBERG, A. **Transforming Technology: a critical theory revisited**. New York: Oxford University, 2002.
- MANGINI, F. N. R. **O Conhecimento Profissional do Assistente Social: tecnologia para a transformação social**. 2015. 186 p. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.
- MERHY, E. E. **O ato de cuidar como um dos nós críticos “chaves” dos serviços de saúde**. 1999. Disponível em:  
<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-04.pdf>> Acesso em: 23 fev. 2018.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832000000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 fev. 2018.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>> Acesso em: 12 jul. 2017
- MITCHAM, C. **Thinking through technology: the path between engineering and philosophy**. Chicago: University of Chicago, 1994.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 4, n. 32, p. 492–499, 2008.
- PAIM, J. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: UDFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

